

保健医療福祉新時代の医療ソーシャルワーカーの役割

著者	竹内 一夫
著者所属(日)	平安女学院大学現代文化学部現代福祉学科
雑誌名	平安女学院大学研究年報
巻	1
ページ	11-20
発行年	2001-03-10
URL	http://id.nii.ac.jp/1475/00001148/

保健医療福祉新時代の医療ソーシャルワーカーの役割

竹内 一夫

はじめに

これまでの先行研究の結果によると、医療ソーシャルワークの始まりは、イギリスでは1895年ロイヤル・フリー・ホスピタルにメリー・スチュワートがアルマナーとして雇用されたときとされ、また、アメリカでは1905年にマサチューセッツ総合病院のキャボット (Cabot, R.C) 医師がソーシャルアシスタントとしてガーネット・ペルトン (Pelton, G.) を雇用したときであるとされている。

わが国では、医療機関に医療ソーシャルワークが本格的に導入されたのは、第2次大戦後GHQの指導のもと実施された保健所法が契機であった。

いずれの国においても、社会保障が現在のように充実されてくるまでは、医療ソーシャルワークには、利用者の治療を妨げる大きな要因である経済的な問題の解決にその役割が期待された。また同時に、ハンセン病、結核、障害等、その時点での医療が単独で対応できない疾病や問題を持つ利用者への援助も期待されてきたのである。⁽¹⁾⁽²⁾

近年では、医療ソーシャルワーク援助への期待は、各国を通じて、経済的なものから、がん、HIV、生活習慣病、障害、臓器移植、高齢者医療へと移行してきている。

また、わが国では医療法の改正、介護保険の施行、社会福祉事業法の社会福祉法への改正など、諸法の改正によって、医療ソーシャルワークを取り巻く状況の変化が急激に生じ、医療ソーシャルワークへの期待とそれに関わる医療ソーシャルワーカーの役割、また、彼らのアイデンティティーにも揺らぎが生じている。

本論ではこれら状況の急激な変化の中で、来るべき21世紀に医療ソーシャルワークが、またそれに関わる専門職である医療ソーシャルワーカーがどのようにあるべきかの検討を試みる。

1. 21世紀に向かう保健医療福祉

社会保障構造改革、社会福祉基礎構造改革に始まった今世紀最後の大改革は、医療、保健、福祉に関わる様々な改正の先鞭をなすものであった。

医療法の改正では、地域医療の推進、医療機関の機能分化、相互連携を進め、これまでの総合病院を地域医療支援病院と位置づけ、病診連携の推進と地域医療のシステム化を進めるものとした。また、インフォームドコンセントを医療機関の努力義務として位置付けたことも、利用者中心の医療実現への第1歩として評価できるものであった。

また介護保険法創設に関しては、介護を医療と福祉の2領域から切り離し、保健、医療、福祉の3領域のサービスを提供する各機関を、介護支援専門員の立てる介護支援計画に基づきサービスの提供を行うという、サービス提供機関として位置づけた。ここではこれまで特に福祉の領域ではなじまないとされた効率性、効果性の概念を取り入れた契約とサービス利用という考え方を導入したことが評価できよう。

また社会福祉事業法の社会福祉法への改正では、介護保険で導入されたサービス利用と契約という概念を取り入れ、これまでの措置制度という仕組みを一部を除いて廃止した。これにより利用者の権利が明確に打ち出され、サービス提供とサービス利用という対等な関係が確約されたことは大きい。特にこの条件を担保するために地域福祉権利擁護制度や福祉サービス利用援助事業が準備され、利用

者保護とサービス利用のための援助が、法の仕組みとして組み込まれたことの意義は大きい。

これら3つの法律の改正、創設から共通して見えるものは、地域医療福祉の推進、サービス利用に伴うインフォームドコンセント、サービスの質の向上と管理ということである。

医療も、保健も、福祉も利用者の生活する地域をベースに、いかに共同してサービスを提供していくかが求められるようになったのである。そしてそれらのサービス提供にあたっては、異なるサービス提供機関によるサービスの重複を防ぎ、それぞれのサービスが、利用者のニーズに基づき効率的効果的に提供されることが求められている。これまで各専門職種間の壁の厚さが問題にされてきたが、それを下げる手立てがこれらの法律によって準備されたことにより、今後は地域においても学際的なチームの活動が期待できるといえよう。

2. 新しい専門職の出現とアイデンティティーの混乱

保健、医療、福祉のサービスを利用者のニーズに基づき効率的効果的に提供する仕組みとしてケアマネジメントの手法が導入され、その実施に関わる専門職として、介護支援専門員(ケアマネジャー)が養成されることとなった。

ケアマネジャーになることができる職種として、医師、歯科医師、保健婦(士)、助産婦、看護婦(士)、准看護婦(士)、社会福祉士、介護福祉士、視能訓練士、技師装具士、歯科衛生士、OT、PT、言語聴覚士、薬剤師、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師、柔道整復師、栄養士又は精神保健福祉士、その他老人福祉法、身体障害者福祉法、知的障害者福祉法、社会福祉事務所、介護老人保健施設の従事者等が法律上定められたことによって、介護支援専門員それぞれの出身専門職が異なることで、介護支援専門員としてのアイデンティティーに、それぞれの出身専門職の価値、文化が入り混じることが予測される。

筆者が関わる実際の養成研修の場でも、それぞれの専門性による特徴がアセスメントでの評価に影響し、介護支援専門員のもともとの専門性によって、介護支援計画を作成したときに、医療系のサービスに力点をおくもの、介護・福祉系のサービスに力点を置くものと二分される傾向が見られた。異なる専門職の介護支援専門員がチームを組み、チームケアマネジメントが実施できれば、利用者のニーズを中心に、異なるニーズの捉え方のすり合わせが行われ、この種の問題の解消が図れると考えられるが、現状ではサービス提供者が集まってもたれるケア会議の場面しか検討する機会がなく、介護支援専門員が複数で一人の利用者に対応するということは非現実的な話でもあり、当面はサービス提供場面でも、また介護支援専門員としてのアイデンティティーという面でも混乱は続くであろう。

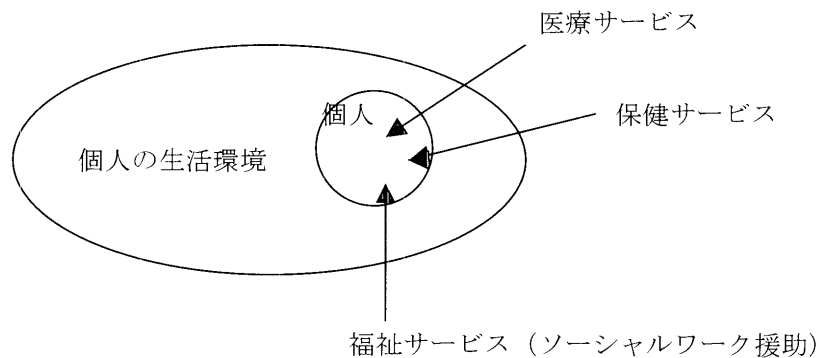
また、医療機関や老人保健施設、特別養護老人ホームでは、これまでソーシャルワーカーとして相談業務にあたってきたものであっても、介護保険の被保険者で要介護・要支援との判定を受けた利用者については、たんなる相談には従来通りのれるとしても、介護保険下での実際のサービス利用については援助することはできないことになっている。このことは利用者保護ということでは非常に大切な原則ではあるが、実際にはこれまで利用者の相談にあたってきたソーシャルワーカーの中にも、実務経験が足りず、養成研修受講のために受験資格がなく、要件を満たすまでは介護支援専門員の資格を持ってないものも生じており、介護保険でのサービス利用については相談にのれないなど、実務上でも混乱が生じている。

さらに、介護保険の適応を受けるのは1号被保険者と、2号被保険者で特定疾病を持つ利用者のうち要支援、要介護と判定されたものだけであり、自立と判断された1号被保険者と多くの2号被保険者への援助は介護支援専門員の援助から離れるのである。即ち、40歳以上の多くのものは介護保険の利用者とはならず、これからも従来通りの援助が必要なのである。

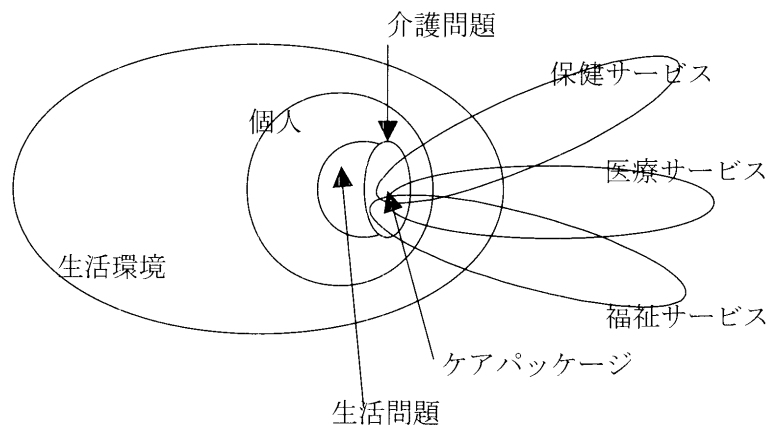
ケアマネジメント(介護保険下での)と従来のソーシャルワーク援助との関係は(図1)のように

(図1) 従来のソーシャルワーク援助とケアマネジメントによる援助

従来のソーシャルワーク援助



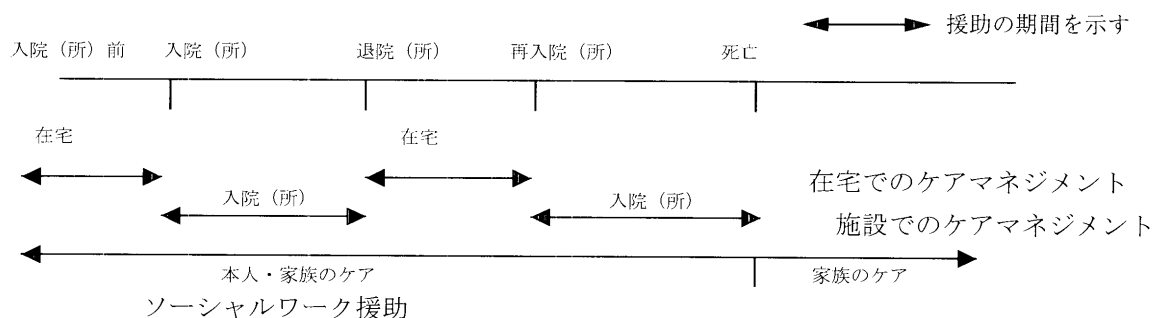
介護保険による介護支援サービス (ケアマネジメント)



考えられる。

また、その援助のプロセスからソーシャルワーク援助とケアマネジメント（介護保険下）の援助の相違を図示すると（図2）のようになる。

(図2) 介護支援サービスによる援助とソーシャルワーク援助の関係



図(1)、図(2)で示したように、それぞれの援助の対象とするところ、また、その援助が提供される期間の差異を整理してみると、介護支援サービスはあくまでも介護保険でのサービス利用に關しての援助に限定され、利用者の生活全体を継続的に支えるものではない。したがって利用者と家族の生活を支えるソーシャルワークは介護保険が導入されて以降も、明確にその役割を保持しつづけるなければならないことが容易に理解できる。特に今後は、介護保険や制度によるフォーマルサービスとインフォ

ーマルサービス、またソーシャルワーク援助等、利用者が用いるサービス全体をマネジメントする機能がソーシャルワークには要求されるであろう。

3. ソーシャルワークの価値と役割からアイデンティティを考える

ソーシャルワークの価値に関してはこれまでからもさまざまに検討が加えられてきた。研究者によって強調されることは異なるものの、共通点としては以下のことが指摘されている。⁽³⁾

「ソーシャルワークの価値として共通するもの」

個人の価値と尊厳、他者への尊敬、変化に対応する個人の能力を認める、自己決定、秘密の保持とプライバシーの保護、個人の可能性を認識する機会の提供、個人のコモンヒューマンニーズ獲得の追及、社会変革や社会正義への関与、個人の基本的欲求獲得のための十分な社会資源とサービスの提供と開発、クライアントのエンパワーメント、機会の均等、無差別平等、多様性の尊重、専門的知識と技術の伝達。

取り上げられている内容としては、ミクロソーシャルワークのレベルからマクロソーシャルワークのレベルでワーカーが重要視している内容であるが、クライアントのエンパワーメント、多様性の尊重、社会変革や社会正義への関与など、日本のソーシャルワーク実践ではまだ充分に取り組まれているものも含まれている。今後はこれらについての研究もすすめていく必要がある。

一方ケアマネジメントでは、独自のこのような価値があるわけではないが、ソーシャルワークの価値に準じていると考えてよいであろう。クライアントのエンパワーメント、多様性の尊重、社会変革や社会正義への関与についてはケアマネジメントの中で取り上げられるケースアドボケイトとクラスアドボケイトの機能がこの内容をカバーしているといえよう。

ケアマネジメントの過程ではケースアドボケイトで個別的な問題を扱い、クラスアドボケイトで同様の問題を持つグループとして、また、同じ階層での共通問題として社会に問題を投げかけ、問題の解決に取り組むとしている。

本来ケアマネジメントを社会福祉の新しい援助技術とするか、全く別のものとして考えるかは議論のあるところではあるが、これまでの個別援助技術(ケースワーク)、集団援助技術(グループワーク)で対応できるほど、また1機関で利用者や家族の問題を解決できるほど、利用者の問題が単純ではなくなっており、機関の壁を超え、また制度の壁を越えた援助が必要になってきている。さらに地域医療、地域福祉をすすめ、より予防的で効果的な援助を考えると、利用者の生活の場での援助であるアウトリーチが不可欠な状況になっている。

ソーシャルワークがその専門的な活動をはじめた原点に戻り、オフィスワークを中心に据えた専門職から、再び利用者とともに、また利用者の生活を見据えることができる場での援助をその中心業務とする専門職へとシフトすることが求められているといえよう。

わが国の老人保健法や健康保険法の中に取り入れられた DRGs (Diagnosis Related Groups) の考え方導入のもとであるアメリカのメディケアの影響と、私的保険における保険会社からの圧力によって、在院日数の短縮化に早くから取り組まなければならなかったアメリカの医療ソーシャルワーカーの役割から、今日介護保険の影響をもろに受けているわが国のソーシャルワーカーが、何を学ぶべきかを検討してみたい。

NASW (National Association of Social Workers) が1980年に出した医療ソーシャルワーカーの役割とすることは以下のとおりである。⁽⁴⁾

1. 病気や心的外傷に関する危機、あるいは障害が彼らの生活や人間関係に及ぼす影響を理解す

るために、それらに直面できるように援助する。

2. 慢性疾患や障害への適応対処機会の促進と新しい状況への再統合あるいは適応への援助
3. 学際的チームに関与し、医療環境が患者や家族に与える心理社会的側面での影響についての洞察や理解を提供する
4. 退院あるいは代替的な介護施設への転院を促進するために、地域社会の支援や実用的な資源の確認や調整
5. 予期悲嘆、喪の反応への援助、死に直面するためのカウンセリング、先立たれた家族への援助、現実的な手続き
6. 特別な患者群のニーズへの援助、適切なプログラムの計画と示唆、ネットワーキング、サービスの開発（心理教育的なグループ、フォーラム、社会化のプログラム、再統合の活）
7. 潜在的なネグレクト、虐待、搾取の確認と専門的な機関の確認
8. 施設の到達目標、目的の支持及び患者のニーズに施設が責任を持って対処することの支援

このNASWの示した医療ソーシャルワーカーの役割は、今から20年前のものであるにもかかわらず、今日わが国における医療ソーシャルワーカーが直面しなければならない、またこれから特に対応を迫られるであろう役割取り上げている。上記役割の内、4, 6, 7, 8に示されている役割は特に医療法の改正、介護保険の導入、社会福祉法への改正との関連で、今後医療ソーシャルワーカーとしては避けて通ることのできない問題となる。

まず4に示された退院促進に関してであるが、介護保険の導入のための準備が始まった1998年ごろより、現場の医療ソーシャルワーカーからは、「医療ソーシャルワーカーは退院係か？」という悩みの声が聞かれた。政府の医療費抑制策（入院期間と負の相関関係で入院費用を減していく）と病院の機能分化（特定機能病院、地域医療支援病院、療養型病床群等に病院機能を分け、高機能病院ほど1日あたりの入院費用が高くなる）という施策が、病院経営上の姿勢の転換を生み出し、患者の平均在院日数の短縮という動きを作り出した。老人保健施設でも保険点数とのからみで、長期入所を避けだしたのである。この影響が医療ソーシャルワーカーの業務に直接的に響き、転院先の紹介業務が増加してきたのである。

この入院、入所期間の短縮という傾向は、本来地域医療、地域福祉を推進していくためには歓迎すべきことであり、患者の立場でも、医療費負担の観点からもできるだけ短期間で退院できることは歓迎すべきことなのであるが、世界に比べても圧倒的に長期間の入院期間が維持されてきたこれまでの経緯が、患者や家族、また医療ソーシャルワーカーにこれらの変化を受け入れることに抵抗を示させたといえよう。また加えて地域での在宅支援システムがまだ確立されておらず、利用できるサービスにも限界があったということが、医療ソーシャルワーカーの負担を大きくしたということは否めない。

しかしながら、ワーカーの本来的な業務からいえば、退院促進は重要な業務であり、進んでこの業務を推進していくことが利用者の利益につながるという視点を持つべきなのである。施設から地域へ、病院から在宅へということが利用者の福祉につながるよう資源の開発（サービスメニューの開発）を促進していくことが、今後ますます必要とされるのである。利用者や家族の利益がどこにあるのかを見抜く視点を欠けば、ワーカーの援助は本来求められる援助から離れ、当事者の要望充足だけをおこなうことに終始してしまうだけになってしまう。

6の特別なニーズを持つ患者群への援助に関しては、患者会、家族会への支援と援助、また精神保健領域でのSSTに見られるように様々なプログラムが開発されると共に、それへのワーカーの関与が行われてきた。今後さらに在宅医療、在宅福祉を進めていくには、より一層利用者のQOLを高める、また直接的な介護者となる家族のQOLを高めるためのプログラム開発に取り組む必要がある。

また7に関しては、児童虐待や高齢者虐待の問題は、法律的な整備がやっと出来上がったところであり、これからわが国で本格的に取り組まなければならない問題である。虐待に関しては、ケガ、やけど、骨折などの受診を契機に虐待を発見することがあり、小児科領域では虐待発見のためのハンドブック等が作られてきた経緯がある。今後小児科以外の他の領域でもこのような対応が必要となろう。家族はある意味で閉鎖的な社会であり、高齢者の虐待に関しては隠蔽されている可能性がある。生活に関わるソーシャルワーカーとしてはこの領域への貢献が求められるところである。

8の施設の目標達成、また施設が患者のニーズに対応することの支援については、これまでに指摘されてきたアドミニストレーションの機能ということができよう。施設がその社会的使命を果たすことを支援すると共に、そのことが患者のニーズに対応するものであるように支援することは、ワーカーが職員としての責任を果たすだけでなく、それに加えて施設が社会的な責任を果たせるように、利用者のニーズに対応できるように支援することが含まれる。このためには利用者や地域のニーズを的確に施設運営に反映していくことに、ワーカーが責任を負うということであり、この責任を全うするためには、情報を収集し、分析し、その結果を病院や施設管理者に報告しなければならないことを指している。先に述べた諸法の改正や介護保険の実施によって、利用者の選択権、自己決定権が明確にされた現在では、ワーカーが単に一職員としての機能を果たすだけでなく、施設のアドミニストレーションにも深く関わっていくことが求められてきているといえよう。

以上の検討から現在求められる医療ソーシャルワーカーのアイデンティティーを考えると、疾病と医療が患者自身またその家族に与える影響を理解した上で、医療、看護、保健等の学際的なチームのメンバーとして、自らも個人の尊厳を尊び、その独自性、個別性を尊重し、自己決定を促進していくと共に、チームメンバーをして、これらを実践していくように支援する専門職であり、同時に社会的に不利な状況にある個人の問題解決を支援し、また、アドボケート機能を発揮し、それらの問題を地域や社会の共通の問題とし、不公平な状況を変えていく働きをする専門職ということができよう。

さらに、医療ソーシャルワーカーは、自ら働く医療機関を地域の一資源として認識し、患者やその家族、また医療機関の存在する地域社会からどのような役割を期待されているのかを冷静に把握し、其のニーズ充足のためにサービスメニューの開発と充実に取り組み、利用者のニーズ解決を中心に据えたサービス提供システムの構築に関わることが、今後ますます求められていくと考える。

変化していく社会的状況のもとで、医療ソーシャルワーカーが確固たるアイデンティティーを持ち続けることは、社会的状況の変化に取り残されたことに気づかず、独善的な専門性を主張してしまう可能性も考えておかなければならない。これを防止するためには、状況の変化も取り入れ、自らのアイデンティティーを修正していく柔軟性をも医療ソーシャルワーカーは持つべきなのである。

医療ソーシャルワーカーがこのような状況の変化にも敏感な専門性を維持し、アイデンティティーの揺らぎを防ぐためには、次の2点に関する検討を定期的に行うことが必要と考える。

- ① 医療ソーシャルワーカーという専門職の任務（mission）と、機関が実行していかなければならない任務（mission）の一致点と差異の識別と認知。

自らの専門性において求められる任務と、機関の求められる、また機関が実施しようとしている任務のどこに共通点がありどこに差異があるかの認識がなされないと、機関の動きにワーカーが翻弄されることになる。これらの正しい認識によって、ワーカーは自らの専門性を維持していくことができる。

- ② 第三者が持つ医療ソーシャルワーカーの任務（mission）についての認知の覚知と其の修正。

医療機関の職員、学際的チームのメンバー、患者や家族、また地域社会が、ワーカーの業務をどのように捉えており、其の任務がどのようなものであると認識しているかを正確に把握すると共に、其の相違点の修正を行うことが、自らの任務を効果的に実行していく上で不可

欠である。このような働きは、ソーシャルワーカーは介護保険の利用も含めて患者や家族の生活に関わっていく専門職であるという認識をしっかりとった上でなされるべきである。

4. 今後の医療ソーシャルワーク実践に求められるもの

ソーシャルワーク実践において、社会福祉事業法から社会福祉法への改正で明確に示されたように、また、これまでの医療法の改正や健康保険の診療報酬点数の改正で示されてきたように、より効率的で効果的な援助方法が求められるのは必至である。特に平均在院日数の短縮化や、医療費の削減が明示されている医療機関での実践を其の任務とする医療ソーシャルワーカーにとっては、これら就業環境に課せられている課題は避けて通れない。このような状況を踏まえた上で、以下ではどのように自らの業務を遂行していけばよいのかを検討してみたい。

1) 個々の利用者への援助

介護保険では、効率的、効果的なサービス提供を行う方法として、ケアマネジメントの技法が導入された。医療ソーシャルワーク実践においても、地域との連携や他の機関、施設との連携、またインフォーマルサービスとの連携なくして援助が成り立たなくなって来ている。従ってケアマネジメントをはじめ、課題中心技法、危機介入など、解決課題、援助期間、援助方法、援助プロセス、到達目標などを明確にした援助技法の活用が要求されるようになる。また一方では、ターミナルケアや臓器移植に伴う心理的葛藤への援助、セルフヘルプグループの育成など、より個人心理に重点を置いた援助から集団へのかかわりまでの幅の広い援助が求められるようになってくる。

2) 権利擁護等アドボカシー機能の充実

個々の患者、家族の権利が擁護されているかの視点 (case advocate) と、ある問題あるいはある特徴を持った集団に特有の問題が発生していないかを見つめる視点 (class advocate) が必要とされる。

3) 総合的ケアマネジメント (total care management) の実施

高齢者や、慢性疾患患者など重複し、重層したニーズを持った利用者への援助にあたっては、単一の施設、機関からの援助でニーズの充足がなされることはまずありえない。複数の機関、施設がサービスを提供することになる。介護保険下では介護支援専門員がこれらのサービスをケアパッケージとして組むが、一般の患者にはこのようなサービスを受ける機会は法的に準備されていない。患者の身体的な状況と生活を総合的に見ることができるのは、またその情報を持ち得るのは医療ソーシャルワーカーだけである。利用者が提供されている種々のサービスを、利用者の医学的な状況に合わせて調整する役割はまさしく医療ソーシャルワーカーの役割となる。

4) outreach と collaboration

医療ソーシャルワーカーが地域医療、地域福祉の観点からのサービス提供を考えるならば、医療機関を離れ、患者や家族の生活の場に出向いてのニーズ調査やサービスの適質性、適量性の判断を行う必要がある。しかし、医療機関での医療ソーシャルワーカーの充足率はまだまだ不十分であり、圧倒的少数で日常業務を遂行している現状では、必要と認識していても、自らの職場を離れて地域に出向くことにはかなりの困難がある。この状況を乗りきるためには、訪問診療医、訪問看護婦、ホームヘルパー、地域の介護支援専門員、訪問リハビリテーションを行うOTやPTなど、他の専門職との連携、協働が求められる。他の専門職に医療ソーシャルワークの視点を理解してもらい、その観点からの情報を得ることができれば、それによる判断も可能となり、少数のワーカーでも効率的に地域に出向く

ことが可能になる。

また、開業医など医療ソーシャルワーカーを独自に雇用することが困難な場合にも、病院の医療ソーシャルワーカーとの連携、協働により、利用者のニーズを、また生活実態を把握した上での医療サービスの提供が可能となる。このような協働も今後医療ソーシャルワーカーが検討しなければならない課題である。これを遂行していくためには、国の医療政策の課題でもある病診連携をより一層進め、さらに病院のオープンシステム化を推し進めていく必要があることはいうまでもない。

5. 医療ソーシャルワーカーが今後求められるスキル

医療ソーシャルワーカーが大きく変化する社会情勢の中で、地域の医療福祉を推進していくためには、単に様々な援助技法を身につけるだけではなく、ソーシャルワーク実践の専門職としての機能を保つための基本的なスキルを獲得していかなければならない。ソーシャルワーカーとして求められるスキルをまとめてみると、以下の7点に集約される。^{(5), (6), (7)}

① 認知技能

効果的な実践を行うためには、利用者やサービスについての情報の収集方法に熟達すると共に、収集した情報を的確に分析し、それを活用する能力に加え、実施した援助の効果を適切に評価する能力が求められる。またこのようにして得た知見を新たな援助に活用していける能力も求められるのである。

② 管理技能

利用者の権利を保障していくためには、利用者自身が自分の援助過程や、専門職のなした判断について知る権利があり、それを留めている記録を閲覧する権利も保有すると考えられる。医療においても診療録の開示が取り上げられており、そう時間を置くことなく、ソーシャルワーク援助も記録の開示を取り上げられるであろう。またこれまで述べてきたように学際的なチームの一員として活動すれば、当然情報の共有ということが求められる。利用者のプライバシーを保護し、同時に必要な情報の共有を進めていくためには、情報管理のためのガイドラインの作成が必要となろう。記録の継続と管理はその重要性が認識されながらも、実行に移しにくい事柄であるだけに、実行のための能力開発が求められる。

③ 対人関係技能

学際的なチームメンバーとして活動するためには、まず人と人としての関わりが必要とされるが、これに加えて異なった専門性による異なった価値をもったメンバーとの人間関係を形成していかなければならない。ワーカーはそれぞれの示す差異を的確に把握し、差異を認めた上での協働が必要とされるのである。そのためには十分な自己理解をおこなうことと、他者とのパートナーシップの組み方を学ぶことが必要となる。

④ 意思決定技能

自己決定がソーシャルワーク実践では不可欠な要素ではあるが、利用者によっては様々な障害のため、自己決定をなし得ない状況にあることも医療の場ではしばしばである。このような状況下では、専門職の権威と責任によって、利用者に代わって意思決定を行うことが求められる。このような場合、法的な措置をこうじて利用者の利益を守ることは当然としても、日常的な判断については、ワーカーが援助することになろう。いったん判断すればそれが確実に履行されているかどうかの確認がワーカーの義務となることはいうまでもない。このような決定を確実に行うためには、法律についての知識を得ると共に、問題点を見抜く目を持つるように訓練を受け、能力を高めていく必要がある。

versity Press, 1990, pp.4–15.

6) Jane Dutton and Ravi Kohli, *The Core Skills of Social Work, Social Work Competence*, SAGE, 1996, pp.62–81.

7) John McLaughlin, *Competence in Health Care, Competence in Social Work Practice*, Jessica Kingsley Publishers, 1996, p.125.

An Examination of the New Roles of the Medical Socialworker in the context of recent, fundamental changes in Medical Welfare

Kazuo Takeuchi

Recently in Japan, many young Medical Socialworkers have lost professional confidence because of fundamental changes in medical welfare, so called ‘The Big Bang in social welfare’ in the late 1990s the structural reform of the social security system started to improve overall efficiency through reorganization across systems. Public care law for the elderly is a typical result of these reforms.

In clinical settings, care managers took on new professional roles in the care of the elderly. Their main task is to arrange services to satisfy the needs of users and to give consultation to users and their families. These tasks have also been carried out by medical social workers as a core responsibility for a long time. This historical reality has caused conflict and an inadequacy of professional identity for medical social workers especially those with limited experience.

In this article, the current roles of medical social worker are reexamined by comparing them with their role as indicated in 1980 by NASW.

This article concludes that workers have to recognize that professional identities and the roles of the medical social worker must be responsive to the situation of their society because jobs of such workers currently have a strong interconnection with medical and scientific technology.